

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 19

VALEUR ET INDICATIONS
DE
L'HYSTÉRECTOMIE

DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4^{er} décembre 1922

PAR

Albert-Aaron TOUBOL

Né à Alger (département d'Alger) le 25. octobre 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	} <i>Président,</i>	
		POUSSON, professeur.....		
		DUVERGEY, agrégé.....		} <i>Juges</i>
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 - N° 19

VALEUR ET INDICATIONS
DE
L'HYSTÉRECTOMIE

DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} décembre 1922



PAR

Albert-Aaron TOUBOL

Né à Alger (département d'Alger) le 25 octobre 1896

Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
	POUSSON, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	DUVERGEY, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
	VILLAR.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Clinique d'accouchements...	RIVIÈRE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques.	LE DANTEC.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Médecine générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	BERGONIE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie	SELLIER.
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale	BEILLE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	FERRÉ.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	IACOSTE (chargé).		MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
	R. SIGALAS (chargé)		ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N...	Chirurgie générale	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N...		PERY.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES
	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceut.	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Pour leur exemple et leurs sacrifices,
humble témoignage d'ineffable
reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DU MÉDECIN PRINCIPAL LOUSTALOT

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA DIVISION D'ALGER

Il suf être un ami respecté et un
bienveillant conseiller.

A LA MÉMOIRE DE NOS CHERS AMIS

MORTS OU DISPARUS

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT (1918)

A NOS CAMARADES D'INTERNAT (1919)

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A NOS MAÎTRES DES FACULTÉS D'ALGER
ET DE BORDEAUX

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT AIDÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

En ce jour décisif, nous ne pouvons songer sans une réelle émotion à nos maîtres d'internat dans les hôpitaux qui furent pour nous de vrais amis. Nous ne pourrons jamais oublier ces heures de collaboration étroite et assidue par les actes et par la pensée au chevet du malade qu'ils nous ont appris à respecter, à aimer et à soulager.

Que ces maîtres des hôpitaux d'Alger veuillent bien croire à toute notre gratitude et à notre sincère attachement.

Aux professeurs de la Faculté et des hôpitaux de Bordeaux, pour leur accueil si bienveillant et pour leurs enseignements, en particulier à Monsieur le Professeur Bégouin, notre éminent maître, qui sut nous attirer et voulut bien s'intéresser à nos efforts, nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici toute notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Que de discussions sur l'infection puerpérale ?...

Nous avons voulu nous faire une idée un peu moins confuse de cet insondable problème de pathologie. C'est la pure curiosité qui nous a poussé et ce sont nos réflexions que nous exposons ici. Ces réflexions nous sont suggérées par l'étude attentive et minutieuse de plus de cent cas recueillis un peu partout dans les thèses, revues et comptes rendus de 1895 à nos jours. Nous n'avons pas la prétention de les avoir tous réunis. Nous nous sommes efforcés néanmoins de les glaner sans parti pris.

Le classement a été fait par catégories de formes cliniques, nous pensons que c'est la méthode la plus judicieuse.

Une quarantaine d'observations ont été analysées et commentées. A propos de chacune d'elles nous avons cherché à apprécier la valeur des signes de J.-L. Faure, Vanverts et Courbin.

Le lecteur ne nous en voudra pas de lui faire parcourir un désert aride : Toute statistique est brutale et sèche ; mais nous espérons qu'au terme du voyage on pourra se recueillir et méditer, chiffres en mains, sans se perdre dans les dédales de l'imagination.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

En 1886, Schultze (d'Iéna) pratiqua l'hystérectomie abdominale pour rétention placentaire d'un utérus bicorne avec gangrène. Depuis, la question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë reste sur le tapis sans pouvoir être réglée d'une façon définitive. En 1895, Wintrebert en France, sous l'inspiration de Bouilly, nous cite quelques observations d'infections non encore généralisées où cette thérapeutique donna de bons résultats. En 1895 aussi, grande discussion entre les interventionnistes et les abstentionnistes à la XLVI^e réunion de l'Association Américaine.

En 1899, sous l'inspiration de Tuffier, Bonamy nous en parle et la question est abordée en 1901 à la Société de Chirurgie de Paris. Après les rapports de Rochard, de Picqué, Tuffier défend vivement l'intervention et s'appuie sur ce fait que nombreux étaient les cas où, avec un examen clinique négatif, on pouvait voir l'infection s'atténuer après l'intervention sur un utérus dont l'examen prouvait l'ablation bien utile. Deux écoles se formèrent alors : l'une, comprenant les abstentionnistes, avec Ricard en tête, opposés aux interventionnistes avec Terrier, Quénu, J.-L. Faure.

A la Société d'Obstétrique de Paris, Demelin et Jeannin citaient un cas personnel suivi de succès et tombaient sous les coups des accoucheurs : Porak, Budin, Maygrier, etc.,

mais J.-L. Faure revenait à la charge et présentait à la Société de Chirurgie un travail très intéressant sur l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Les choses en étaient là, lorsque la question fut mise à l'ordre du jour au Congrès de Rome (1902). Taffier, Fehling, Freund, Treub, Léopold font des communications favorables à l'intervention. En 1903, Cortiguera présente un rapport au Congrès de Madrid, rapport qui conclut que l'hystérectomie est indiquée dans certains cas où l'infection n'a pas cédé au traitement intra-utérin et reste localisée. Pinard conclut en disant que l'indication rationnelle de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale n'existe pas. Mouchotte reprenant ces idées reconnaît dans sa thèse très documentée notre incapacité d'appréciation exacte de l'opportunité de l'intervention.

Dolérís amende les idées de Pinard en ajoutant qu'il prévoit des exceptions. La même année, les Américains : Boldt, Greene, Cumston en 1905, admettent logiquement l'hystérectomie, mais reconnaissent en fait que les indications sont difficiles. Pollosson et Albertin citent en 1906, à la Société de Chirurgie de Lyon, trois cas d'hystérectomie abdominale suivis de guérison et Delettrez communique, presque en même temps, au XIV^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, deux observations d'infection puerpérale aiguë post-abortive avec une guérison.

Puis viennent les travaux de Turenne (de Montévidéo), de Latzko (de Vienne), de Sinclair, de Stewart. En 1907, Koblanck, dans la statistique communiquée à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin, portant sur 484 cas d'infection puerpérale en deux ans, déclare qu'il a été amené à intervenir dans les cas graves devant l'échec constant des moyens médicaux. Dans la plupart des cas, il s'agissait de péritonite, dans 15 cas de formes septicémiques sans localisation ; sur onze de ces malades où l'infection était déjà bien généralisée, trois guérissent ; dans 4 cas où l'infection menaçait seulement, il eut quatre guérisons.

Ensuite nous voyons la question discutée dans tous les communiqués de congrès, réunions ou sociétés : Congrès Allemand de gynécologie de Leipzig (1910) et de Saint-Pétersbourg ; VI^e Congrès International de gynécologie et d'obstétrique (Berlin 1912). Nous la retrouvons en Amérique avec Watkins, Cooke, Hirst, Darnall (1912-1913) ; enfin, dans les communications de Douay, de Cadenat, de Le Jemtel, de Delettrez, de Vanverts, de Whitehouse, de Nyulasy, de J.-L. Faure à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (1920), la thèse de Morgenstein (1921), celle toute récente de Benoist (1922), les rapports de Potvin (de Bruxelles), Cotte (de Lyon), de Vanverts dans *Gynécologie et Obstétrique* (1921-1922)...

Et toute cette longue récapitulation dont nous nous excusons se termine par cette phrase de J.-L. Faure, le fidèle défenseur depuis trente ans : « Si vous pensez pouvoir guérir une infection puerpérale par les traitements médicaux, employez ces traitements. Si vous jugez que l'hystérectomie seule pourra la guérir, employez l'hystérectomie. »

CHAPITRE II

Le Principe.

Comment se manifeste l'infection puerpérale ?

Elle se manifeste par un ensemble de signes qui révèlent une infection commençant par l'appareil génital et pouvant s'étendre ou se généraliser chez une femme post-partum ou post-abortum.

Ce syndrome peut donc revêtir différents aspects dont la diversité tient à :

Des facteurs extrinsèques (pluralité et virulence des germes, traumatisme obstétrical, évolution de la gestation, etc.) ;

Des facteurs intrinsèques (post-abortum ou post-partum, rétention ou non rétention, prédispositions, résistance, etc.).

Ces facteurs nous mettront en présence de types cliniques nombreux et nous voici amené à considérer deux grands stades évolutifs :

Le stade local,

Le stade de généralisation.

Car nous avons bien dit « commençant par l'appareil génital et pouvant se généraliser ».

Les lésions débutent par la muqueuse utérine, puis infiltrant la paroi vont s'étendre autour de l'utérus pour gagner le péritoine et se généraliser enfin malheureusement.

Il y a là un point capital qui nous oblige à séparer les méthodes thérapeutiques en deux grands groupes :

Traitement local ou intra-utérin ;

Traitement général.

Mais, à la limite, c'est-à-dire lorsque, la muqueuse franchie, l'infection n'est pourtant pas encore devenue une septicémie, lorsque la barrière passée, le muscle utérin est bourré de germes, infiltré de pus, farci d'abcès, n'y a-t-il pas un traitement intermédiaire entre la thérapeutique générale et généralement impuissante des septicémies et la simple irrigation intra-utérine ?

Sans chercher longtemps, il nous semble que puisque, lorsqu'un patient se présente à nous avec un phlegmon, nous incisons le phlegmon et, s'il est trop tard, nous amputons le membre pour éviter une généralisation grave, mortelle souvent, pourquoi lorsque la thérapeutique intra-utérine sera restée sans effet, pourquoi ne pas enlever l'utérus, nid de microbes aussi nombreux que divers, laboratoire de toxines qui vont débilitier la malade et la rendre moins résistante à l'infection et à une intervention qui sera peut-être alors un peu tardive ?

Ah ! le rêve, l'idéal serait un vaccin sur lequel on puisse compter, un vaccin ayant fait ses preuves, mais jusqu'ici le nombre est bien petit de malades guéries par la vaccinothérapie. Si nous avions un moyen thérapeutique sûr et actif, nous ne prendrions pas le bistouri, mais « c'est parfois la seule chance de succès » disent les abstentionnistes.

Et ceux-ci ne sont pas interventionnistes parce qu'ils reprochent à l'hystérectomie :

1^o D'être mutilante. Y a-t-il à choisir entre la mort et l'amputation ? car nous parlons des infections graves, « graves » même pour les accoucheurs ;

2^o D'être choquante alors que la malade a besoin de toutes ses ressources,

Cela dépend de l'intervention : l'abdominale est choquante, la vaginale beaucoup moins. D'ailleurs, si l'on n'intervient pas trop tard, si on n'a pas attendu que la malade soit dans le coma pour l'opérer parce qu'on la sauvera « peut-être », l'opération doit être très bien supportée.

3^o Une autre objection assez fréquente, c'est qu'il arrive de voir, sans traitement, des améliorations se produire. « Tant mieux », répondrons-nous, nous ne sommes d'aucun parti, nous cherchons ! Mais si, par exemple, nous voyons une I. P. grave s'atténuer nettement après l'intervention, pourquoi ne pas avouer que c'est l'amputation qui a enlevé la gangrène ?

Mais à quoi sert d'enlever un utérus lorsque tout l'organisme est infecté ? vont nous répliquer les abstentionnistes triomphants. A rien, absolument à rien qu'à affaiblir la malade et à lui ravir sa dernière chance, c'est inutile et peut-être dangereux ; c'est là que nous voulions en venir après tout ce long discours qui nous permet de conclure que, *a priori*, logiquement, l'hystérectomie dans l'I. P. aiguë doit donner de bons résultats lorsqu'elle est faite à temps, mais comment fixer l'opportunité du geste ?

D'abord des faits. Nous discuterons ensuite pièces en mains (Prière de se rapporter aux observations).

CHAPITRE III

Discussion.

Gravité.

D'après nos statistiques, la mortalité est donc un peu plus grande dans l'infection P. P. que dans l'infection P. A. Dans le premier cas, nous avons du 57 % de mortalité; dans le second, du 54 %.

Cela s'explique par plusieurs raisons dont la plus importante est celle-ci :

Dans l'infection P. P. la surface cruentée étant plus étendue, la surface de résorption sera par suite plus grande et l'infection massive plus rapide. Le pronostic est donc nettement plus sombre dans le P. P., pourtant il n'y a dans nos résultats qu'une faible différence. C'est juste, mais ce qui complique les choses c'est que, le plus souvent, l'avortement étant criminel, la patiente ne tient pas à publier la chose et temporise croyant que ces troubles vont disparaître. Et souvent, hélas ! le médecin arrive un peu tard...

Si donc d'abord, la prophylaxie était égale dans le P. P. et dans le P. A.

Si, d'autre part, le médecin était appelé plus tôt dans le P. A., les chances d'infection seraient moindres, l'infection moins grave et la mortalité de beaucoup inférieure à celle du P. P.

Formes Cliniques :

Dans le P. P.

C'est la métrite qui est la plus fréquente, puis la septicémie, la péritonite généralisée.

Dans le P. A.

La métrite et la péritonite ont la première place, puis vient la septicémie. Les formes localisées sont pourtant plus fréquentes dans le P. A., mais tous ces résultats ne sont envisagés qu'au point de vue proportion et ne sauraient être interprétés comme des valeurs absolues, d'autant plus que nous considérons 73 cas P. A. et 35 P. P. Il n'empêche que ce que nous disions est vérifié :

L'infection reste plus localisée, se généralise moins vite dans le P. A. que dans le P. P.

Pronostic selon les formes cliniques :

La mortalité est naturellement plus grande dans les formes généralisées (septicémies) ou étendues (péritonite, thrombose, cellulite). Dans les formes localisées la rétention et la perforation assombrissent le pronostic surtout quand l'intervention est tardive. Dans les métrites nous n'avons que 3 % de mortalité.

La date d'intervention :

Sur une quarantaine de cas d'I. P.

Dans 2 cas où les malades n'ont pas été opérées (obs. 9 et 17), d'après Robineau qui s'est occupé d'elles, ces malades auraient dû bénéficier de l'intervention. Dans l'observation 40 (Charbonnel et Rioux) « l'idée n'est pas venue à l'esprit ».

Sur les 37 autre cas, il y a 20 malades opérées trop tard, ce sont justement ces 20 malades qui sont mortes.

Beaucoup, sinon la plupart des échecs, coïncident avec une intervention tardive, soit qu'on ait été appelé longtemps

après le début des troubles, soit qu'on ait voulu observer le J.-L. Faure après un curettage déjà trop tardif et ne pouvant donc pas servir d'élément exact d'appréciation (obs. 28). Il ne suffit pas, en effet, d'observer le J.-L. Faure pour guérir par l'hystérectomie une malade justiciable de l'opération; il faut l'observer correctement. Si on fait un curettage à une septicémie, même en l'opérant le lendemain, le résultat ne peut être merveilleux.

Nous avons dit plus haut dans ce même chapitre qu'il ne fallait pas se contenter d'entendre des chiffres et qu'il fallait interpréter nos résultats en s'éclairant de l'étude attentive des observations. Pourquoi? Pour une raison bien simple : c'est que nous n'avons pas noté les cas de rétention pure ou de métrite pure, mais tous les cas où ces lésions existaient; il va de soi que si, par exemple, lorsqu'il y avait rétention ou métrite, puis septicémie, on n'avait pas attendu, on n'aurait certes pas eu tant de désastres à enregistrer.

Mais, nous dira-t-on : à quoi bon opérer puisque ces formes seules guérissent par l'hystérectomie qui sont curables par les moyens médicaux?

D'autres, plus sages, nous objecteront qu'ils voudraient bien opérer, mais qu'ils ne savent pas poser les indications.

A nos premiers interlocuteurs nous répondrons par une question : Puisque ces formes-là étaient curables médicalement, pourquoi a-t-on fait appel au chirurgien? On n'enlève pas un utérus pour faire une intervention de plus dans sa vie; on a pratiqué l'hystérectomie parce que les autres thérapeutiques avaient échoué. Cadenat a d'ailleurs répondu pour nous : « Lorsque, après hystérectomie, les améliorations sont aussi systématiques que dans les observations que nous rapportons, on doit en conclure qu'il y a plus qu'un rapprochement fortuit, il y a une relation de cause à effet. » C'est ce que nous disions dans le premier chapitre.

L'hystérectomie enlève l'utérus, or elle est suivie de

succès, chaque fois que l'utérus est seul en cause; que demander de plus? bien mieux, dans les cas de péritonite, thrombose, cellulite, nous constatons quelques guérisons : 10 à 40 %, 80 même dans la péritonite; l'hystérectomie réalise donc une *colpotomie élargie*. Mais comment expliquer que dans la septicémie nous n'ayons pas alors du 100 % de mortalité? Simplement parce que, en enlevant l'utérus, nous enlevons le point de départ et la source de l'infection, autant de microbes et de toxines en moins à combattre pour l'organisme.

Les cas dans lesquels l'opération a été faite, l'utérus n'étant plus en cause, mais étant uniquement un triste souvenir dans l'évolution de la maladie, n'ont pas donné de résultats intéressants. Les conclusions qui résultent des faits étudiés sont bien adéquates aux résultats que nous étions en droit d'attendre, à ceux que nous espérions d'après notre raisonnement *a priori* : *l'hystérectomie a donc des indications rationnelles, à savoir que les malades que l'hystérectomie guérit sont celles qui doivent raisonnablement guérir par l'ablation de l'utérus.*

A ceux qui nous demandent de leur dire les malades qu'il faut opérer nous allons répondre dans le chapitre suivant en nous excusant de les avoir fait si longtemps attendre.

CHAPITRE IV

Etudes des indications.

Toute thérapeutique utile ne peut être basée que sur un diagnostic exact et un pronostic raisonné. Et pour avoir un pronostic juste, il faut pouvoir apprécier la valeur de deux éléments : *le germe, le terrain*.

Autour de ces deux termes graviteront des catégories d'informations : virulence, conditions d'invasion, etc. Enfin surtout, la résistance du sujet, résistance extrêmement variable qui fait autant de formes d'infections qu'il y a d'infectées.

Les examens bactériologiques, les épreuves de laboratoire n'ont pas donné ce que l'on en attendait.

Au point de vue clinique certains auteurs ont étudié la façon dont se faisait la montée de lait chez les infectées (M^{me} Fussalter).

D'autres ont observé la tension artérielle (Balard). Chacun a voulu faire de l'objet de son étude un signe de pronostic plus ou moins important.

Courbin (de Bordeaux) a essayé de mettre en évidence certains signes qu'on a groupés sous le nom de triade de Courbin. Qu'est cette triade ? La voici définie par l'auteur :

« Facies toxique, utérus gros et mou, perles noirâtres et fétides », cette triade serait une indication d'intervention. Soit. Essayons de l'appliquer à nos 40 cas d'I. P.

Nous la constatons dans les cas de :

Métrite.....	3 fois, avec 1 mort (non opérée)
Annexite.....	1 fois, avec 1 mort (non opérée)
Thrombose.....	2 fois, avec 2 morts
Septicémie.....	2 fois, avec 2 morts
Péritonite.....	8 fois, avec 7 morts

Donc 14 cas avec triade et intervention : 11 morts.

Elle existe donc en ce qui nous concerne toujours 16 fois sur 40.

Abstraction faite des deux observations de Robineau (9 et 17) sans opération.

Sur 14 cas avec triade et intervention on trouve 11 morts.

Ce qui fait fréquence de constatation dans l'I. P. : 40 %.

Mortalité lorsque la triade est constatée : 78 %.

C'est, d'autre part, dans les formes les moins justiciables de l'hystérectomie qu'elle est le plus souvent constatée.

La conclusion s'impose nettement :

La triade de Courbin apparaît trop tard pour pouvoir servir d'indication au chirurgien. Lorsqu'on peut la constater l'opération n'est, en général, d'aucune utilité.

Nombreux sont les praticiens qui pensent qu'on doit intervenir lorsque tous les moyens ordinaires ont échoué. Je veux parler des injections, curages et curettages. Il est juste, en effet, de penser que, puisque la muqueuse est malade, celle-ci une fois enlevée la malade doit guérir, c'est l'idée directrice des indications de l'hystérectomie elle-même, mais lorsque la muqueuse est franchie, faire un curettage, c'est justifier le mot de Doléris, c'est aider l'ennemi à avancer en lui traçant le chemin. Si donc, après le curettage, la malade ne va pas mieux, c'est que le mal est plus avancé qu'on ne le pensait. J.-L. Faure a voulu mettre cette idée à profit en disant que, si le lendemain du curettage il n'y avait pas amélioration, l'intervention était indiquée.

Que vaut le principe de J.-L. Faure ?

Il ne fut observé que trois fois sur nos 40 observations ; sur ces trois cas, il y a une péritonite suivie de mort, mais le curettage fut très tardif (obs. 28) ; c'est donc un cas qui ne doit pas compter.

Les deux autres sont représentées par 2 métrites, résultats : 2 guérisons. Sur 20 cas où il fut négligé, nous notons 14 morts.

Ne devons-nous pas tirer un enseignement précieux de cette constatation puisque nous avons remarqué que chez presque toutes nos malades, lorsqu'il y avait eu échec, on avait opéré trop tard ?

Il est certain que parfois l'amélioration ne se produit pas dans les 24 heures et la guérison survient cependant.

D'autres fois, une amélioration se fait sentir, on n'opère pas et la malade meurt.

C'est vrai, mais qu'y a-t-il d'absolu en médecine ?

Remarquons, d'autre part, qu'il ne s'agit pas en l'espèce d'une amélioration quelconque ; mais, comme dit Cadenat, d'une défervescence de la température avec « disparition de tous les phénomènes inquiétants ». C'est ce que nous appellerons une amélioration *totale, évidente et durable*.

Au sujet de la règle énoncée par Vanverts, nous pouvons dire que, d'après nos observations, plus l'opération est tardive après le curettage, plus mauvais sont les résultats.

Dans sa statistique portant sur 99 curettages pour I. P., Vanverts nous donne :

Résultats :

a) Dans 80 cas avec disparition complète ou diminution de la fièvre le lendemain . . .	{ 77 guérisons, 2 morts et 1 résult. inc.
b) Dans 12 cas la fièvre persiste le lendemain du curettage	12 guérisons.
c) Dans 5 cas la fièvre persiste le lendemain du curettage	5 morts.
d) Dans 2 cas la fièvre diminua ou disparut le lendemain du curettage	2 morts.

Pour ce qui nous concerne :

Dans l'obs. 1 opérat. le lendemain du curett. : guérison.

—	3	—	—	—	—
—	11	—	le trois. jour	—	—
—	15	—	—	—	—

Empressons-nous de faire remarquer que dans ces 4 cas il s'agissait de formes localisées par opposition à la plupart des formes généralisées suivantes :

Dans l'obs. 34 opération le 4^{me} jour du curett. : mort.

—	25	—	3 ^{me}	—	—	—
—	28	—	2 ^{me}	—	—	—
—	13	—	4 ^{me}	—	—	—
—	14	—	9 ^{me}	—	—	—
—	39	—	4 ^{me}	—	—	—

Sur 10 cas on a donc opéré 9 fois dans les délais indiqués par Vanverts, c'est-à-dire dans les quatre jours, et on a eu pourtant cinq morts.

Dans les cas de Vanverts, la catégorie A et la catégorie C confirment la règle de J.-L. Faure (A comme épreuve positive, C comme contre-épreuve).

La catégorie D comprend 2 cas : Dans l'analyse de ces deux cas nous constatons que, si la courbe thermique s'est abaissée nettement le lendemain du curettage, on ne peut rester insensible à cette dissociation : pouls 96, température 36.5 dans le premier cas. Pouls 120 et température 37.4 dans le second, sans parler d'autres signes cliniques qu'on a constatés, nous n'en doutons pas, mais qui ne sont pas exposés.

Jusqu'à présent la règle de J.-L. Faure est acceptable, mais, et c'est je crois, le gros argument de Vanverts, on nous objectera que la série B est constituée par 12 cas dans lesquels la fièvre a persisté le lendemain du curettage et ces 12 cas ont tous guéri. Du 100 % ? pardon ! il y a B et C avec persistance de la fièvre le lendemain du curettage,

dont 17 cas, nous dit l'auteur, ce qui nous ramène à du 30 % de mortalité. Pour notre part, nous trouvons la statistique peu encourageante surtout si nous ajoutons que, pour celles de nos observations où on attendit pendant le délai en question, on a eu 5 morts sur 9 cas, ce qui fait plus de 50 % de mortalité.

Que vaut la règle de Vanverts ?...

Il nous cite d'ailleurs dans la catégorie des 12 guérisons, certaines malades chez lesquelles la disparition de la fièvre s'est faite le dixième, le quatorzième, le quinzième jour ; pourquoi ne pas attendre dix jours alors, une bonne moyenne, on serait sûr de ne pas opérer trop tôt !...

CHAPITRE V

Conduite à tenir dans l'infection puerpérale.

La critique est aisée, dit-on, mais que feriez-vous si...?

Le médecin est appelé auprès d'une femme qui fait de l'I. P., le diagnostic est posé, quelles vont être les éléments du pronostic ?

EXAMEN GÉNÉRAL.

D'abord s'agit-il d'un P. P. ou d'un P. A. ? S'il s'agit d'un P. A., quel était l'âge de la grossesse ? Depuis combien de jours l'accouchement ou l'avortement a eu lieu ? Y a-t-il eu des difficultés (hémorragies, lenteur du travail, délivrance, forceps, manœuvres, etc...)?

Y a-t-il eu rétention, perforation ? Quel est l'état général de la malade : bon, mauvais, médiocre, les frissons ? Depuis quand ? La respiration, le pouls, la température, leurs relations, la thérapeutique déjà employée ? Le moral de la malade (quelquefois important) ?

Que valent les reins ? Y a-t-il insuffisance hépatique ? Enfin la *pression artérielle*, l'index oscillométrique, points importants dans l'appréciation de la résistance de la patiente.

EXAMEN LOCAL.

L'abdomen, le signe de Delbet ou mieux l'immobilisation de la paroi abdominale : la malade souffre du ventre, elle

diminue l'amplitude de ses mouvements respiratoires pour ne pas mobiliser son péritoine enflammé. La contracture des muscles abdominaux existe-t-elle ? Cadenat nous dit la bonne façon de la rechercher ; complétons par la percussion et nous saurons s'il y a ou non péritonite. Dans l'affirmative, ne considérons l'opération que comme un moyen de drainer largement.

Le toucher vaginal (précédé de l'inspection des voies génitales externes : déchirures, éraillures, éruptions, etc.).

L'utérus est-il gros, mou, douloureux ? Les culs-de-sac ? le Douglas pose-t-il l'indication d'une colpotomie élargie ? Le col est-il béant (Budin) ? A-t-on au bout du doigt un muscle paralysé par l'infection ?

Le toucher combiné au palper nous permet d'apprécier le volume et la mobilité de l'utérus. La cavité est-elle vide ou y a-t-il rétention ? Que ramène le doigt ?

Les pertes (couleur, odeur, quantité, consistance) ?

Si on n'a pas vidé l'utérus, vidons-le et observons notre malade (J.-L. Faure), mettons tout en œuvre : abcès de fixation (renseignera sur le pronostic), irrigations, sérothérapie, vaccinothérapie, etc.

LE LABORATOIRE.

Examen des lochies : streptocoques. . réservons notre pronostic.

Examen du sang : formule leucocytaire, numération globulaire (Mouchotte), hémoculture « surtout si elle révèle un streptocoque hémolytique elle peut être considérée comme une contre-indication opératoire » (Cadenat).

Après un examen complet, tout au moins cliniquement, car certaines recherches de laboratoire font parfois perdre un temps précieux, nous nous trouvons en présence d'une forme d'infection dans laquelle nous n'oublierons pas surtout d'évaluer la part respective des lésions locales et des troubles généraux.

a/ En présence d'une malade affaiblie avec 38, P. petit

120, tension faible, facies pâle, anxieux de grande infectée, dyspnée. Accouchement remontant à cinq ou six jours, malade peu ou mal traitée, utérus presque indolore, ventre souple, pertes non fétides ou nulles, que peut nous donner l'hystérectomie ? Doit-on seulement y penser ?

b) Si, au contraire, nous voyons le 12 une malade P. A. le 10, bon état général, P. bien frappé à 95, T. 38.5, 39, pas d'hypotension, urines abondantes. Au toucher : culs-de-sac empâtés, utérus gros, douloureux, col béant, pertes sanguinolentes, épaisses et fétides. Ventre normal à la percussion, mais vivement sensible sur la ligne médiane, sans contracture ; la malade respire bien. Vite un curettage et pensons au J.-L. Faure. L'hystérectomie a toutes les chances ici, si elle est faite à temps.

Lorsqu'on sera en présence d'une septicémie, qu'on ne saura pas exactement l'importance des lésions locales et que l'état de la malade le permettra, dans le doute il ne faudra pas s'abstenir, car on pourrait regretter de n'être pas intervenu sur un utérus nettement coupable à l'autopsie et muet à l'examen clinique (cas cités par Tuffier, obs. Robineau).

Lorsque, d'autre part, on verra une infection encore localisée tendant à se généraliser vite, il ne faudra pas s'attarder au curettage ; mais intervenir rapidement, le curettage pouvant d'ailleurs, dans ces cas, ouvrir à l'infection des portes nouvelles et plus larges (cas de Commandeur).

Dans notre observation-type B nous disons « si on intervient assez tôt », mais quand intervenir ? voilà tout le problème.

Il n'est pas encore résolu et ne peut l'être dans l'état actuel de nos connaissances, car les formes sont aussi diverses que nombreuses les malades et il est difficile d'adopter un principe absolu, catégorique s'appliquant à tous les cas. Mais, d'après notre travail, il semble que c'est la règle de J.-L. Faure qui doit nous inspirer :

Si, 24 heures après un curettage très soigneux, il n'y a pas une amélioration

*totale, évidente et durable, c'est que
la muqueuse n'était pas seule en cause.*

Quelle est la part de l'utérus ? Seul, un examen aussi complet que possible, guidé par un sens clinique exact, nous permettra de le savoir. Mais il n'y a pas de sens clinique sans méthode. . .

OBSERVATIONS

MÉTRITES, 33 cas, 1 mort.

OBSERVATION 1

Madame L., vingt-neuf ans, P. A. provoqué 4 mois le 10, pertes rouges odorantes. T. m. 38.2, s. 38.6, injections vaginales chaudes. Le 14, T. s. 39.5, P. 123, consultation le 15 : malade pâle et infectée. T. m. 39.5. P. 123, frissons répétés, pertes fétides et sanguinolentes, curettage, débris placentaires, irrigations intra-utér., etc., le 16, amélioration sensible dans la nuit, frissons vers midi. T. 39.8, H. vag. 7 jours, post. A.

Suites opératoires. — T. 37.5, P. 100, excellente impression, guérison.

Pièces. — Cavité utér. recouverte d'un enduit grisâtre d'odeur fétide, pas de débris plac., pas d'abcès de la paroi utér.

Considérations. — Le curettage aurait dû être fait le 14 au plus tard ; tout P. A. est suspect de rétention, il faut aller voir dans l'utérus : muqueuse ou pas muqueuse ? Si muqueuse : guérison avec le curettage, sinon il faut avoir recours à un moyen plus efficace. Ici pas de péritonite, lésions localisées à l'utérus ; guérison.

Cliniquement et anatomiquement il n'était pas trop tard (le Faure et le Courbin ont été observés).

OBSERVATION 2

M^{me} B., vingt-six ans, Ipape, P. P. normal, mais lent le 23. Tout va bien pendant 2 jours. Le 28, T. 38.5, P. 100, lochies odorantes, un peu de sang. Le 29, T. 39, P. 113, vérification à la pince, écou-

villon. Le 30, T. 39.5, P. 120, curettage, débris placent. irrig. Le 1^{er}, T. baisse un peu (39), les pertes semblent un peu moins abondantes. P. 120. Le premier frisson dans la nuit, T. 40, P. 125, ventre souple sans contracture, fond de l'utér. à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse, légèrement douleur à la pression col ouvert, utér. mollassé, culs-de-sac libres, lochies fétides. H. vagin. (7 sept jours P. P., 2 deux jours après curettage).

Suites. — Dès le lendemain de l'opération l'impression est meilleure; 15 jours après la malade sort guérie.

Pièces. — Cavité utér. grisâtre et de mauvaise odeur: Fragments placent. au fond de l'utér., pas d'abcès intra-pariét., pas de pus dans les culs-de-sac.

Considérations. — Bon cas, l'H. était indiquée, le curettage semble apporter une très légère amélioration, mais bien insuffisante (Courbin observé).

A rapprocher du cas 28, dans celui-là rien pendant trois jours, dans celui-ci rien pendant deux jours, puis brusquement apparition de T., d'accord, mais apparition moins brutale ici et, d'autre part, les signes locaux dominant nettement sans qu'il y ait lieu de penser à une péritonite.

Cliniquement et anatomiquement l'indication se posait.

OBSERVATION 3

P. A. au quatrième mois, malade anémiée et infectée, T. depuis deux jours 39.5, 40. P. 120, frissons répétés et pertes fétides. Pas de curettage encore pratiqué. Est fait le soir même (sixième jour P. A.), on ramène quelques débris placent. fétides, trait. ordinaire. Le lendemain, T. 40, frissons répétés, H. vag. dans la soirée, 24 heures après le curettage.

Suites. — T. 37.5, P. 95, guérison en 8 jours.

Pièces. — Utér. contient un liquide fétide sans débris placent., pas d'abcès pariétal, pas de perforation.

Considérations. — Ablata causa (Courbin et Faure observés).

OBSERVATION 4

M^{me} A., vingt-deux ans, Ipare. P. P. normal, 8 mois environ, le 21 février, délivrance naturelle et complète le 27, T. 39.6, P. 108,

empatement des culs-de-sac, inject. vag. chaude. Le 7 mars, induration et douleurs disparues. Dilatation du col (Hégar) drainage, T. 37.8. Le 9, chute du drain. P. 106, T. 37.2, frissons, T. s. 40.6, P. 100, nouveau drain, injection intra-utér., iodée le 10, T. 39, P. 102, on enlève le drain, attouchement de l'utér., à l'ess. térébenth., lochies rosées. Jusqu'au 18, T. 37.3-36.9. P. 92. Le 19, l'utér. reste gros et le col perméable, attouchement à la térébenth., exploration de l'utér. avec une sonde métallique de Budin qui disparaît presque entièrement sans la moindre résistance. On pense à une perf., pas de douleurs, pas de pertes de sang, frissons violents 39.8, ventre souple; pas de vomiss. H. vag. : au-dessus du col orifice circulaire, perforation en arrière. Difficile, utér. mou et friable.

Suites. — La malade sort guérie le 3 mai.

Pièces. — Infiltrat., inflamm. générale de la paroi, au maximum dans la muqueuse allant en diminuant pour disparaître au niveau de la couche musculaire sous-péritonéale.

Considérations. — Malgré la longue incubation l'état général n'est pas mauvais. Clinique et anatomique, il s'agit de lésions du muscle, l'intervention est logique.

OBSERVATION 5

P. A., quatre mois avec rétent. placent. plusieurs curett., inject. intra-utér. répétées, aggravation brusque de l'état général, T. 41.4, P. 130, frissons, délire.

Suites. — Guérison par H. vag. d'urgence.

Pièces. — Utér., enlevé présentait au niveau de sa corne g. un enchâtonnement de fragments placent. assez volum., gangrenés et soudés intimement à la muqueuse; le reste de la muqu. utér. ne présentait aucune lésion.

Considérations. — L'infection a été jugulée, on a opéré juste au moment où cliniqu. l'infection semblait se généraliser; anatomiqu. le foyer infectieux était assez important pour que son ablation ait pu être jugée efficace.

OBSERVATION 6

P. A. de quatre mois, bon état général dans les jours qui suivirent, pertes de sang abondantes, utér. douloureux, T. 38, 38.5.

Faure fait un curett. tout en se demandant s'il ne s'agit pas d'une infect. grave et avec l'intention au cas où il ne trouverait pas de débris placent. dans la cav. utér., de faire ultérieurement une intervent. plus large, le curettage ramène des débris. Dans les 2 jours suivants, T. tend à 39; à la fin du troisième, frissons 41, immédiatement H. vag. un peu de pus s'écoule, réaction inflammatoire péri utér. intense le lendemain.

Suites. — 37, guérison.

Pièces. — Streptoc. dans la paroi, pas de débris dans la cavité.

Considérations. — Observation suffisamment éloquente (Faure observé).

OBSERVATION 7

Joséphine, vingt et un ans. Antéc. normaux. P. A. criminel, entre à l'hôpital le 7 mars. Avortement à sept mois, un à six mois, pas de syphilis, bon état général, dit avoir perdu les eaux depuis quatre jours, bassin normal, col dilaté comme deux francs; liquide amniot. fétide. T. 38.4, inject. chaudes antisept., état stationn. pendant deux jours. T. autour de 38, pas d'albumine. Dans la nuit du 9 au 10 expulsion d'un fœtus macéré de cinq mois rétent. placen., inject. intra utér., le 10 curett. Du 10 au 11 la malade va bien, le 11 T. 39; le 12, 40, mauvais état général, P. 112, jusqu'au 17 état stationnaire, inject. intra-utér. H. vag. le 17.

Suites. Chute de température, état gén. reste mauvais, pas d'acid. périton., mort le 21 au soir, pas d'autopsie.

Pièces. — Pér. intact, utér. gros, ramolli, friable, grisâtre et horriblement fétide, lambeaux de placen. sphac. et très adhérents.

Considérations. — On aurait dû opérer le 11 dès l'ascension de la T. Le J.-L. Faure n'a pas été respecté (Courbin observé).

OBSERVATION 8

M^{me} G., trente ans, P. P. à terme long et pénible sans forceps le 18 janvier; le 20 fièvre et frissons; le 22 curett. sans amélior.; le 25, date d'entrée à l'hôpital, mauvais état général, T. 38, P. 120, malade pâle et fatiguée, dyspnéique, langue humide cependant,

localement utér. gros et mou, col largement entr'ouvert, pus abondant, brunâtre, odorant avec bulles de gaz. Irrig. continue. Le 27 hémocult. négat., pyocult. négat. ; le 28 H. vag.

Suites. — Amélior. progressive trainante, métastases les 26 et 27 mars, T. 37. Le 2 avril, la malade sort, mais avec un état assez précaire.

Pièces. — Cavité de 25 centimètres environ, face interne grisâtre par places, petits abcès dans l'épaiss. de la couche muscul. jusqu'au voisinage du péritoine. Exam. histol. des coupes : confirme l'exam. macroscop., bacilles Gram. + toutes cultures négatives.

Considérations. — Obs. très intéress., ici on pense à une généralisation vu l'état de la malade, mais il y a en plus des signes locaux abondants et importants.

L'H. était-elle indiquée ? Oui, d'après le J.-L. Faure. Oui et non, d'après l'état général, qui pouvait faire hésiter. Oui, deux fois oui, d'après les signes locaux (utér). Il eût été utile pourtant d'opérer le 23 (5 jours P. P. au lieu de 10) (Courbin observé).

OBSERVATION 9

Trente-huit ans, P. A. deux mois et demi il y a dix jours le 23 à son entrée. Hémorragie utér. peu abondante, col ouvert, gros débris sphacelés des plus fétides retirés par curage digital. 24, 25, T. tombe mais remonte ensuite à 39, pertes abondantes et fétides. Le 26, T. 40.2, P. 120-130, état général très grave, facies plombé, drain utérin changé tous les jours, pus abondant, grands lavages.

Suites. — Mort neuf jours après.

Pièces. — Pas de lésions périton., utér. énorme, plaques sphacélées sur la muqueuse. Au râclage, on ramène une bouillie grisâtre, purulente. Tous les autres organes sont normaux macroscopiquement.

Considérations. — Pourquoi n'a-t-on pas observé le principe de J.-L. Faure le 25 ? (Courbin observé).

Confer., th. Mouchotte (Paris, 1903), obs. VII, XI, XII, XV, XVIII, XXII, XXV, XXVI, XXX.

Bonamy, thèse, obs. III, V, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XXII, XXIII, XXV.

Wintrebert VI.

Crousse, *Archives mens. d'obst. gynéc.*, 1914, p. 238.

Locroy, *Archives mens. d'obst. gynéc.*, 1914, p. 167.

CELLULITES, 3 cas, 2 morts.

Mouchotte, obs. II, V, VI.

THROMBO-PHLÉBITES, 12 cas, 8 morts.

OBSERVATION 10

Trente ans, V pare, accouchée, délivrée en ville le 15, T. 39.8, facies grippé, état général médiocre. P. 110, utér. gros et mou, lochies très fétides, H. vag. le 27.

Suites. — Mort le 29.

Pièces. — Cavité utér. augmentée de volume, utér. très mou à la section, odeur très fétide, zone d'insertion placent. noires, phacélée. Veines thrombosées, petit polype sphacélé.

Considérations. — Il y avait des signes locaux, oui, mais quel état général ! Peut-on penser qu'une telle malade aurait pu résister ? (Courbin observé).

OBSERVATION 11

3 octobre, P. A. de six semaines, pertes constantes ; depuis, métrorragies abondantes répétées, vomissements, céphalée le 20, frissons violents et longs. Le 23, entre à l'hôpital, col mou, ouvert utér. gros. T. 39.6, le 24, métrorragie abondante, tamponnement le 30, curettage, hémorragie très abondante le 31, hémoptysie : 2 petits caillots de sang sont rejetés, ascension progressive de la T. 1^{er} novembre, T. 41.3, diagnostic de phlébite, frissons d'une heure très violents, pouls filant, état général très grave, sueurs profuses, 2 novembre, intervention in extremis H. abdom. totale par laparatomie médiane, on laisse l'ovaire g.

Suites. — La T. ne devient normale que le 24 nov., le 30 guérison.

Pièces. — Légère rétent. placent., sphacèle de la muqueuse dans le segment inférieur de l'utér. Veines thrombosées au niveau de la corne d. et dans le pédicule de l'ovaire d.

Considérations. — On a beaucoup attendu, les signes locaux étaient importants ; sans le rejet de caillots du 31 oct., il eut peut-être été impossible de faire le diagnostic de phlébite et on n'aurait pas opéré ; il n'y avait pas de signes abdom. de péritonite, l'abdom. n'était donc pas réellement dangereuse et permettait de lier les veines thrombosées (Courbin obs.).

OBSERVATION 12

Chez une femme présentant des frissons et de la thrombo phlébite utér. consécutive à un avort. crim., ablation de l'utér. par voie vag., diminution du P. et de la T., après l'opération cessation des frissons, mais, peu après, réapparition de ces symptômes.

Suites. — *Mort* par pyohémie 10 jours après l'opération.

Pièces. — A l'autopsie métró-phlébite utér., foyer sept. dans divers v. centrales.

Considérations. — H. indiquée probablement (obs. résumée) mais insuffisante ; l'infection avait dépassé le muscle, il aurait fallu au moins lier les v. infectées. S'il est possible cliniqu. de poser le diagnostic de phlébite, pourquoi ne pas imiter Grandin et faire une laparatomie qui restera exploratrice si les soupçons ne sont pas justifiés, qui permettra d'enlever l'utér., les annexes s'il y a lieu et les veines qu'on aura pu trouver atteintes. Grandin a eu deux succès en procédant ainsi. Puisque nous parlons des complications vasculaires voyons un peu l'obs. de Trendeleburg.

OBSERVATION 12 bis

VI pare, trente-cinq ans. Entre le 31 août, P. A. 3 mois, le 6 sept. évidemment de l'utérus, à la suite fièvre et frissons répétés, le 16 à l'examen bi-manuel on sent une tumeur dans le paramètre d. mobile de la grosseur d'un petit œuf de poule, jusqu'au 19 fièvre à grandes oscill., avec, deux fois par jour, un frisson durant jusqu'à 2 heures. Le 19, ouvert. par le vag d'un abcès situé dans le lig. large après laparo, qui a établi le diagnostic de Pyo-Salpynx, drainage vagin. streptoc. dans le pus.

Le 20, pas de frissons, puis surviennent un à deux frissons par jour durant jusqu'à 2 heures, la malade dépérit de plus en plus, ne

peut absorber que très peu de choses, dort à peine et demeure dans la crainte continuelle du frisson. A gauche, en arrière et en bas, des frottements pleuraux. Pas de foyer pulmonaire net. Le 12 octobre, lig. double et section de la v. hypogastrique d. tout près de son point de réunion avec la v. iliaque ext., la veine au-dessous a un peu changé de couleur, mais la thrombose n'est pas nettement démontrée. Plus de frissons, amélioration. Le 22, 10 jours après la ligature, nouveaux frissons mais beaucoup plus courts le 24, les frissons reprennent plus forts et plus longs, grand affaiblissement le 12, mise à nu de l'utéro ovarienne d. à peu près au niveau de l'extrémité inférieure du rein par incision spéciale partant de la onzième côte. A ce niveau on trouve la limite de la thrombose. Résection de la veine sur 5 cent. de long, dont l'extrémité inférieure est obstruée par un thrombus gris jaunâtre, tandis que l'extrémité supérieure est libre (dans le thrombus cocci et strepto.). Depuis la ligature de l'utér. ovar., plus de frissons mais des sensations de froid (frissons avortés) jusqu'au seizième jour après la lig. On constate alors dans la région scapul. d'un abcès métast. sous cut. qu'on ouvre et, à partir de ce moment, la malade se remet peu à peu.

Cette obs. est très instructive et nous montre que si l'ablation de l'utér. est insuffisante dans les cas de thrombo-phlébite étendue, la méthode de Bumm-Trendelenburg peut nous rendre quelquefois service. A cette occasion ce dernier rappelle les communications et les obs. de Muller, Lee, Hartman, Kraussold, Zanfä, Freund, Bumm, concernant des ligaments de v. thrombosées (lig. de la v. jugul. int. dans les cas de thrombose des sinus transverses consécutive à l'otite moyenne purulente. Si, dit-il, Freund et Bumm eurent des succès dans le traitement de la pyohémie puerp. c'est qu'ils n'ont pas lié la v. hypogastrique, or voici la statistique de cet auteur :

Sur 21 autopsies dans l'I. P. :

14 fois une thrombose bilatérale ;

7 fois une thrombose unilatérale.

Sur les 14 cas de thrombose bilatérale, 5 fois la thrombose était limitée aux veines du paramètre seulement Dans 9 cas thrombose des gros troncs aussi.

Donc thrombose bilatérale deux fois plus fréquente que thrombose unilatérale.

Donc thrombose hypog. unilatérale deux fois plus fréquente que utéro-ovarienne.

Conclusions. — Il sera utile dans les cas douteux de lier l'hypogastrique des deux côtés. La ligature des utéro-ovar. ne se fera que lorsqu'on y soupçonnera des thrombus

OBSERVATION 13

I pare, vingt-deux ans, sommet en droite transv. Le 6 accouchement long, rétention partielle. Le 7 frissons, T. 39.8, P. 100, curett., écouvillonn. Le 8, 39.8, P. 100. Le 9, 40.2, P. 120, hémoculture + Le 10, T. 38 ; le 11, 40, P. 109, H. vag. ; le 12, 40.

Suites. — Mort le 20.

Pièces. — Utér. très volum., mou, friable, cavité remplie d'une bouillie grisâtre, veines thrombosées, streptocoques.

Considérations. — Le J.-L. Faure aurait pu guider ici. On a opéré en pleine septicémie.

OBSERVATION 14

Une malade entre à Canolle au deuxième jour d'une toxi-infection d'allure très grave, survenue trois jours après l'accouchement. Le curage digital ramène un cotylédon putride, mais n'améliore les accidents que pour 48 heures. La fièvre atteint de nouveau 40, le pouls est à 140, la triade décrite par Courbin dans les affections sévères du muscle utérin devient très nette : facies toxique, utér. gros et mou, pertes noirâtres et fétides. Pas de signe de Delbet. Contrairement à la règle, la tension artérielle n'est pas abaissée : 17/8 au début, puis 14/8 ; l'indice est très élevé : 15 1/2.

Hystérectomie au onzième jour, abdominale, car le vagin est très enflammé et rempli de fausses membranes. OEdème considérable du ligament large gauche à la section des veines utérines, écoulement de pus (streptocoques). L'hystérectomie ne suffira pas, il faut encore lier la veine hypogastrique pour barrer le passage aux embolies septiques. Cette ligature dans les flots de sérosité qui infiltrent le pelvis ne peut être pratiquée.

Suites. — Mort sept jours après, avec une intense dyspnée consécutive à une embolie.

Pièces. — Autopsie : congestion intense du poumon droit, légère péritonite du pelvis, phlébite des paquets utéro-ovariens et utérins, celle-ci remontant jusqu'à l'iliaque interne.

Considérations. — Hystérectomie au onzième jour alors que l'amélioration n'a pas été durable : c'est un peu tard. A noter que la voie abdominale était préférable ici à la voie vaginale en raison de l'état du vagin (Courbin observé).

Bonamy, obs. XVIII, XIX.

Mouchotte, obs. XV, XVI, XXI, XXIII, XXIV.

ANNEXITES, 9 cas, 2 morts.

OBSERVATION 15

P. A. trois mois, trente et un ans, III pare. Depuis le 20 nov., jour de l'avortement, pertes incessantes horriblement fétides. Traitement : quelques rares injections, entre le 2 déc. ; le 7 au soir, hémorragie formidable, T. 40, curettage, chute légère de la température ; le 9, T. 40, curettage encore, on craint une perfor. Sous l'influence du traitement médical : le 10, T. 38, ventre souple à peine douloureux, seulement au niveau des cornes utérines ; dans l'après midi, le ventre devient sensible et se ballonne, nausées, vomiss., frissons violents, P. incomptable, T. 41, extrémités froides, hoquet, incontinence stercorale, anurie, utér. à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. H. vag. à 24 heures, utérus mobile, à l'ouverture du cul-de-sac post. un verre de sérosité louche, utér. friable, on enlève la trompe et l'ovaire d. tuméfié et rouge. Péritoine et anses intestinales hyperhémées.

Suites. — Guérison au troisième jour.

Pièces. — Pas de traces ds perfor. utér. transformée en une véritable éponge purulente.

Considérations. — Le J.-L. Faure est vérifié ; les signes locaux et généraux allaient de pair, il y avait de plus l'hypothèse d'une perfor., on était en droit d'attendre quelque chose de l'H. malgré l'atteinte grave de l'état général (Courbin obs.).

OBSERVATION 16

Entre le 25, T. 40, P. 128, abdomen météorisé et douloureux vomiss., facies grippé, frissons. H. abd. totale le 27, utérus gros et mou, les trompes laissent couler du pus dans le péritoine, pas d'adhérences, drainage vag.

Suites. — Mort le 29.

Pièces. — Gros frag. placent. sphacélés, sphacèle pariétal, pas de perfor., salpingite suppurée double.

Considérations. — Avec M. Robineau, nous pensons : « l'H. vag. était possible, peut-être même préférable » (Courbin observé).

OBSERVATION 17

P. A. de 3 mois $1/2$, le 14, curettage 3 jours après. Le 19, facies bon, P. en rapport avec T. 38.8, lochies fétide, utérus gros, mou, rien de perceptible latéralement ni en arrière. Léger ballonnement abd., ventre souple, indolore. Dans la soirée le ballonnement augmente sans réaction douloureuse, facies altéré.

Suites. — Mort.

Pièces. — Gangrène des deux trompes, pyosalpinx suppuré double, pas de réaction périton., pas d'adhérences.

Considérations. — Robineau nous dit que le diagnostic n'a pu être établi : mais pourquoi en présence de la persistance et de l'augmentation du ballonnement abdom. n'avoir pas fait une laparotomie exploratrice (Courbin observé) ?

Fourmestraux, *Gynéc. et obst.*, t. IV, n° 5, mai 1921, p. 410.
Mouchotte, obs. XVI, XVIII, XXII, XXVX, XXIV, XXX.
Bonamy, obs. VIII, XVIII, XXV.

PELVI PÉRITONITES, 11 cas, 2 morts.

Brindeau, 7 cas, 2 morts. *Gynéc. obst.*, t. IV, n° 5, mai 1921, p. 404.

Mouchotte, obs. VI, XXIX, XX, XXX.

PÉRITONITES, 28 cas, 26 morts.

OBSERVATION 18

Vingt-neuf ans, VI pare, accouchée et délivrée en ville, facies grippé, ventre ballonné, utér. gros et mou, douleur., lochies extr. fétide, traitement médical, le soir vomiss. porracés, violentes doul. abd. ni matières ni gaz, état général très grave. P. 120, T. 39.8, H. vag.

Suites. — *Décès* dans la soirée.

Pièces. — Utér. volum. venant facilement, écoulement liq. purul. très abondant.

Considérations. — Signes cliniques de péritonite généralisée confirmée anatomiquement; l'H. ne pouvait pas suffire (Courbin observé).

OBSERVATION 19

Trente-cinq ans, multipare, admise à la maternité de Londres le 19 nov., enfant de 4 livres, ne vit qu'un jour, utér. reste très gros, pas de délivrance, délivrance artificielle trois jours après au cours desquels on constate un fibrome, doul. abd. très viol., vomiss., T. très élevée, tous les signes de la périton. génér., laparatomie subtotale.

Suites. — *Mort* dans les 36 heures.

Pièces. — Deux perfor., laissant sourdre du pus, gros fibrome sphacélé.

Considérations. — Trop tard, péritonite généralisée.

OBSERVATION 20

Trente et un ans, P. A. 3 mois 1/2, chute le 2, le 5, T. 39.6, viol. doul. lomb. dans la nuit du 5 au 6, abortum en 2 temps embryon sphac. Le 6, T. 38, mais persistance de violentes douleurs le 7, ans. 37.6, P. 90, 100, abdom. très douleur. urines foncées fortement odor., défense musc. très marquée, pas de matité dans les flancs, ni mat. ni gaz., vomiss. le 8, T. 37.6, P. 104, abd. météor. contracture génér. matité dans les flancs, pas de vomiss., langue humide, état génér. assez bon, H. vag. donne issue à du pus très abondant adhér. diff. à rompre.

Suites. — *Mort* le 12.

Pièces. — Utér. avec plaques de sphac. très étendues.

Considérations. — Opérée en pleine périton. appréciable cliniqu., peut être n'aurait on pas échoué en opérant plus tôt. Quand ? nous l'ignorons, mais l'hystérectomie n'était pas indiquée peut-être. Étant donné les pertes très abond. qui suivirent l'accident et la violente douleur au bas-ventre, fallait-il vider l'utér. d'autant plus qu'on reconnut le 3 de la parésie vésicale avec augmentation de volume de l'utérus.

OBSERVATION 21

Trente-six ans, entre le 15 pour expuls., un fœtus macéré de 1.500 gr. et un placenta de 100 gr., hémorragie jusqu'au 18, frissons, douleurs dans le bas-ventre, lochies peu abond., le 18, quelques vomiss. aliment. puis porracés. ni matières, ni gaz, ventre ballonné doulour. T. 39.9, P. 120, utérus gros, mou, culs-de-sac empâtés, H. vag. dif. (utér. friable).

Suites. — *Mort* le lendemain.

Pièces. — Deux petits fibromes dans le fond de l'utérus dont un pédiculé et sphacélé ; pendant l'opération à l'ouverture des culs-de-sac vag. liq. roussâtre et fétide, péritoïne recouvert d'un enduit grisâtre.

Considérations. — Malade entrée trop tard et opérée en pleine péritonite.

OBSERVATION 22

M^{me} P..., vingt-cinq ans, P. A. quelques jours auparavant à l'entrée, pertes sanglantes très fétides, T. élevée, curettage, débris sphacelés et putrides, drain dans la cavité ; le 15 même état, curettage encore. Quelques débris les jours suivants, diarrhée profuse, ballonnement, etc. H. vag. le 20 juin.

Suites. — *Mort* le 2 juillet.

Pièces. — Autopsie : péritonite pur. diffuse avec fausse memb. grumeaux remontant jusqu'au foie. Dans la plèvre g. épanchement séro-hémat. peu abondant. A l'opération, évacuat. de deux collections purul. situées derrière et au-dessus de l'utérus.

Considérations. — Il était trop tard, il y avait des signes de périton. étendue étant donné l'état de la malade à l'entrée (carac-

tère des pertes, T., renseignements immédiats des curettages. résultat du curettage). Il fallait intervenir le 17 au plus tard ; deux curettages n'ont rien donné, c'est que la muqueuse n'était plus en cause. Si on avait observé le J.-L. Faure, nous ne disons pas qu'on aurait guéri la malade, mais il est de toute évidence qu'on aurait eu plus de chance. Cliniquem. et anatomiquem. il était trop tard.

OBSERVATION 23

M^{me} B..., vingt-neuf ans, P. A. trois mois datant de douze jours, entrée le 22, signes de périton. aiguë (ballonnement considérable, douleurs diffuses surtout à d., T. 39, P. rapide et bien frappé; le 23, id.; le 24, aggravation manifeste, H. vag. (rachistovaïne), utér. fixé par des collect. suppurées volumineuses situées derrière lui (pus mal lié), peu de shock opératoire.

Suites. — *Mort* le 25.

Considérations. — Trop tard, péritonite aiguë.

OBSERVATION 24

M^{me} X..., P. A. provoqué à trois mois le 22; entrée le 24, pleine péritonite, ventre contract., col entr'ouvert, pertes rougeâtres, fétides, Douglas doulour. et mollesse, T. 39.5, P. 150, H. vag.

Suites. — *Mort* le surlendemain sans amélioration sensible.

Pièces. — Placenta presque entier dans la cavité au niveau du fond de l'utérus, petite éraillure sur la face périton. (peut-être perfor., pas de trajet).

Considérations. — Péritonite, mauvais état local et général, P. A. provoqué de trois mois, H. non indiquée, c'est un pis aller.

OBSERVATION 25

M^{me} D..., vingt-deux ans, P. A. quatre mois le 8, entrée le 9, curett. le 11 pour métrorragie, nombreux débris placent., à midi vomiss., élancement dans l'épigastre et les hypochondres, pas de T., P. 120; le 12 vomiss. aliment., douleurs épigastriques légères, écoulement sang., pas de T., P. 122; le 13, T. 39.5, P. 150,

douleurs vives, vomiss. bilieux, ventre contracté mais peu sensible; le 14 id., ventre très contracté, Douglas douleur. et mollesse, légère tuméfaction (annexite), diagnostic de périton. non douteux et l'auteur du curett. craint d'avoir perforé l'utér. H. vag.

Suites. — *Mort* dans la nuit.

Pièces. — Face interne irrégulière et de mauvaise odeur, pas de débris placent. reconnaissable, pas d'abc. pariét., pas de perfor. à l'opération, pus bouillon sale assez abondant dans cul-de-sac vésico et recto-utér.

Considérations. — Avortement de quatre mois rétent. placent., Faure non observé, dissociation de P. et de T., on a opéré trop tard, H. précoce indiquée le 12 au plus tard (quatre jours P. A.), mais vu les symptômes périton. il n'y avait pas à espérer beaucoup.

OBSERVATION 26

M^{me} L..., trente huit ans, P. A. trois mois le 2, pertes rouges abondantes, curett. en ville; le 11 cessation des pertes, mais douleurs abdomin. violentes avec nausées sans vomiss., aggrav. de l'état jusqu'au 20 juin, jour de l'entrée à l'hôpital en pleine périton. généralisée, tympanisme abdom. avec matité dans les flancs, col fermé, utér. mou, Douglas douleur. et tendu, T. 40, pouls 130. pas de selles depuis huit jours, H. vag. de garde, issue d'une grande quantité de pus mal lié.

Suites. — Le 21 amélioration très nette, ventre souple et moins douloureux, la mèche draine abondamment, T. 39, P. 140; le 22 aggravation, *mort* le 23.

Pièces. — Rien dans la cavité, pas d'abcès pariét. visible.

Considérations. — Si nous admettons le Faure, le curett. a été trop tardif et par suite l'H. qui n'était pas d'ailleurs indiquée vu l'état général, vu l'état local, a été tardive aussi, et pourtant peut-être est il permis de supposer que, même en présence de cette péritonite, si on avait opéré plus tôt l'amélioration aurait été plus durable.

OBSERVATION 27

Trente et un ans, P. P. huit mois et demi, entre le 26 en pleine infect. puerp. T. 40.3, P. 130, pâleur, ventre légèrement météorisé

et sensible à la pression, col ramolli et largement ouvert, pas de lochies fétides, le corps remonte à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse à droite du corps, masse doulour. et adhér., corps peu mobile, H. abdom., intestin grêle adhér. au dôme utér., fausses memb., trompe droite grosse et adhér. sans pus, H. subtotale par le procédé américain de gauche à droite cloisonnement rapide avec le colon pelvien, drainage abdom.

Suites. — 27 et 28 amélior. sensible, P. 120, T. 39,2, épanchement périton., sérohémat., abdomen peu ballonné, *mort* le 2 oct.

Pièces. — Rien dans l'utérus, pas d'abcès pariétal, infiltration leucocyt banale à l'examen histol., autopsie, anses intestinales couleur feuille-morte et agglutinées par des adhér. nombreuses dans la fosse iliaque droite autour du cæcum, pus verdâtre concrété; un peu de pus dans le Douglas.

Considérations. — Cliniqu. et anatomiq. il y avait péritonite, la vaginale aurait été difficile et insuffisante, l'abd. n'était pas indiquée vu l'état de la malade, vu la date de l'interv. (8 jours pp.). A noter l'absence des lochies fétides, l'utér. n'était pas seul en cause, c'est-à-dire que le stade utérin était déjà franchi (Courbin observ.).

OBSERVATION 28

M^{me} B., vingt-sept ans, I pare, P. P. normal le 6, gross. gémellaire prise d'abord pour un hydramnios, déchirure du périnée. Du 6 au 11 tout va normalement. Le 11, T. monte, lochies un peu fétides, inject. vag. du 11 au 13, T. s. 40, électrargol, abcès de fixat. le 14 T. s. 40, P. 130, bien frappé, lochies fétides, col largement ouvert, utér. à quatre travers de doigt et déchiqueté au-dessus de la symph., mais assez ferme; le 15, révision digitale de la cavité à l'hôp., le 16, T. s. 40, curettage très discret (Dakin), le 17 même état, H. abd. utér. gros, pas de liq. périton., anses intestin. un peu distendues, pas de thrombose utéro ovarienne, H. totale, double drainage vag. et abd.

Suites. — Le 18, T. 40, P. 130, les 19 et 20, sédation manifeste, chute à 38,5, puis ascension, le s. et *mort* le 26.

Pièces. — Cavité utér. grisâtre et fétide sans débris placent., pas d'abcès intra-pariét.

Considérations. — Il est certain qu'ici l'h. devait nous tenter, mais il y avait cinq jours entre la date de l'accouch. et celle de

l'apparition des premiers phénomènes infect., l'utér. était seul en cause, cliniquement nous pouvions dire non et anatomiquement cette opinion fut confirmée puisqu'on trouva des anses intestinales distendues. On pouvait risquer l'intervent., mais on devait réserver le pronostic post-opératoire (Courbin et Faure observés, mais curettage tardif).

OBSERVATION 29

P. A. criminel chez une femme de dix neuf ans, curettée huit jours avant son hospital. d'urgence pour accid. infect. graves, P. 130, T. 39, ventre ballonné, dyspnée, état gl. grave, etc., en présence d'un infect. périton. existante (rachi. et lapar., médiane sous-ombilicale), ventre plein de pus utér. gros, sans lésions apparentes macroscop. pyosalp. bi-latéral, h. abd. suivie d'exclusion du petit bassin et de drainage vag. fermeture de l'abdomen avec un drain sus-pubien pendant 24 heures.

Suites. — Amélioration notable malgré inject. d'argent colloïdal auto-sérothérapie au quatrième jour, la péritonite continue à évoluer sourdement. Pour parer à l'iléus paralyt. 2 entérostomies success. sur le grêle suivies d'une nouvelle détente « à tel point qu'on eut pendant plusieurs jours l'impression que la partie était gagnée ». Température revenue normale, cours des matières rétablies au quatorzième jour, nouvelle poussée infect., *mort* en 24 heures.

Pièces. — Plus de traces d'exsudats dans le péritoine, cellulite phlegmoneuse pelvienne.

Considérations. — (Courbin observé) mauvais état général, signes de périton. génér., pas de lésions utér. importantes à proprement parler. Cliniqu. et anatomiqu. l'H. n'était pas indiquée (quoique insuffisant son effet se fit sentir).

OBSERVATION 30

Vingt-huit ans, II pare, P. P. à terme de trois semaines symptômes cliniques d'une extrême gravité, deux jours après extract. manuelle d'un placenta en putréfac. T. 39,5 et 40 avec frissons violents, H. abd. totale, quelques jours plus tard lésions graves du côté du bassin, péritonite exsudats très épais sur les intestins, utér.,

vessie; léger épanch. ascit. louche et sanguinol. en même temps qu'un énorme développement des trompes utér., pyosalp., ablation des annexes.

Suites. — Amendement de tous les symptômes pendant 2 jours, mort le troisième jour.

Pièces. — Gros pyosalp. bi-latéral, pas de lésions de l'utér. sur la paroi antér. épaissie, paroi postér. très amincie, présente une cavité déchiquetée renfermant une collect. purul., c'est à cet endroit que siégeait la perfor. utér. (une simple manœuvre de dilatat. utér. pratiquée avec douceur fit pénétrer directement dans l'abdomen le dilatateur n° 3 de Hégart).

Considérations. — Malade opérée tard dans un état gl. extrêmement grave en pleine péritonite (Courbin observé).

OBSERVATION 31

Joséphine R..., vingt et un ans, I pare, entre à la maternité (isolement) le 4 février 1911, à 18 h.; pas d'antécédents morbides. D. R. premiers jours de sept. 1918. Le 31 janv. 1919 tentative d'avortem. par l'introduction d'une canule dans le col. La malade sent une douleur très aiguë, rentre chez elle en perdant du sang. Elle se couche souffrant beaucoup dans le ventre. Vers minuit, les pertes devenant de plus en plus abondantes, elle a la sensation de faire sa f. c. et perçoit parmi ses pertes une masse assez considérable et solide. Les douleurs continuent dans la journée du 1^{er} février puis, dans la nuit, vomiss. noirâtres et fétides qui se répètent jusqu'au 4, date à laquelle elle fait appeler un médecin qui diagnostique une péritonite et nous l'envoie. Elle entre à l'isolement à 6 heures du soir dans un état absolument grave. T. 37.5, P. incomptable, extrémités froides, ventre tendu et ballonné; la malade souffre beaucoup. Au toucher: col mou et dilaté; le doigt ramène quelques débris d'odeur infecte. Intervient. à 6 h. 30, chlorof., incision de la paroi abdom.; le péritoine ouvert, il s'écoule 1 litre 1/2 à 2 litres d'un liq. noirâtre d'odeur fétide:

Une tumeur violacée recouverte d'un péritoine infecté remonte à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, c'est l'utér. qui est rompu au niveau de son fond avec un péritoine décollé, verdâtre, d'apparence gangréneuse. L'H. apparaît trop dangereuse, on se

contente de drainer, de marsupialiser la cav. utér., on fait un lavage par le drain

Suites. — Après des nuits mouvementées et particulièrement remarquables par un hoquet qui dura quatre jours, un épanchement pleural avec liquide louche qui dut être ponctionné peu à peu, tout s'arrange et la malade *sort en bon état* le 12 avril.

Revue le 3 janvier 1921 elle a été très bien, mais sans avoir de règles jusqu'en février 1920. En février 1920, à la suite d'un choc (?), formation d'une petite masse grosse comme un œuf de pigeon au niveau de la cicatrice qui crève et donne issue à du sang pendant plusieurs jours. Depuis, tous les mois, la malade voit s'écouler du sang par la fistule, elle a de temps en temps des douleurs abdom. très vives, surtout dans les reins, mais elle fait son travail de domestique et est en somme très bien comme état général.

On se décide à intervenir le 12 janvier 1921, l'utérus est adhérent à l'intestin et à la paroi, les annexes enfouies dans des adhérences multiples. Il paraît nécessaire de faire l'H. et la malade guérit sans incidents.

Considérations. — Si donc la perforation est avant toute réaction péritonéale une indication d'H., dans le cas de péritonite cette complication elle-même n'est pas une indication d'H., en cas de péritonite : laparotomie immédiate, mais pas d'Hystérectomie (Courbin observé).

OBSERVATION 32

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, trois enfants vivants, deux avortements; après le deuxième garde le lit pendant trois mois; vue déjà par un confrère six semaines auparavant pour hémorragie persistante, état général déplorable, grande anémie, presque en collapsus, vomiss. fréquents, céphalée et soif intenses, douleurs utér. accompagnées d'écoulement de sang important. P. 140, T. 101 F., abdomen sensible, utér. gros comme au sixième mois, col dilaté admettant un doigt qui permet de sentir au-dessus de l'orifice int. une portion du placenta détaché. On provoque un avortement. Le fœtus sentait très mauvais, léger curettage, inject., etc... Anesthésie impossible vu l'état de la malade, vomiss.,

lavement nutritif, deux grands lavages intra-utérins par jour, traitement général, ascension de la T., curett., chute légère de T. La région inguinale gauche devient sensible et douloureuse. Troisième curettage, chute progressive de T. avec P. 103; cet état dure quelques jours. Le 11 avril frissons, T. 102, douleurs sus-pub. à gauche, empâtement des annexes à g., sensibilité des deux côtés. Le 16 avril T. s. 103.2, état déplorable. Le 17 T. 101, P. 110, pensant qu'elle pouvait être sauvée par des mesures radicales H. vag.

Suites. — *Mort* dans les dix huit heures.

Pièces. — Utér. du volume d'un utér. gravide entre trois et sept mois ayant évidemment subi une involution considérable, parois très friables, à g. dans le fond un abcès pariétal, pyosalp, g., un petit abcès sur l'ovaire gauche, salpingo-ovarite droite. A l'autopsie péritonite génér.

Considérations. — « Je suis sûr, dit l'auteur, que si j'avais fait l'ablation de l'utérus et des annexes au début de la deuxième attaque de l'infection, c'est-à-dire avant la propagation au périt., j'aurais eu une guérison à enregistrer. » (Courbin observé).

Benoist, *th. Paris*, 1901, p. 64.

Bonamy, obs. XIV, XVIII, XXV, XXVI.

Mc Cann, *Arch. mens. obst. et gyn.*, 1914, p. 495.

Mouchotte, obs. II, VI, XIII, XVI, XIX, XXIII, XXVI.

SEPTICÉMIES, 16 cas, 14 morts.

OBSERVATION 33

Vingt-huit ans, P. P., I pare, entre le 22 mai pour suites de couches. T. 39, P. 110, utérus gros et mou, abdomen douloureux, accouchée et délivrée en ville, curettage, écouvillon. Du 24 au 26 juin T. s. 40. 39.2, P. 120, facies pâle, diarrhée profuse. Le 27 T. 39, P. 100. Le 28 hémoculture + streptocoques, T. 39.8, P. 120, abdomen douloureux, météorisé, frissons intenses; à midi facies plombé. H. vag., à l'incision du cul-de-sac vag. quelques cuillers à soupe de liquide louche.

Suites. — *Mort* le 30.

Pièces. — Utér. gros, mou, infiltrat. purul., muqueuses phacélée.

Considérations. — On a opéré en pleine septicémie, trop tard. Cliniquement on diagnostiquait une péritonite confirmée anatomiquement (Courbin observé).

OBSERVATION 34

P. A. trois mois le 9, annoncé par un grand frisson et précédé d'une semaine de température avec petits frissons, le 10, curetage ramène une grosse partie du placenta, lavage abcès de fixat., les 11 et 12 amélior., mais le 12 au soir frissons, T. 39, le 13, frissons plus intenses et plus prolongés, pas de perte, col fermé, utér. bien revenu sur lui-même le 14, H. vag. facile tissu utér. ferme dans le cul-de-sac, périton. 100 gr. environ de liquide louche et inodore.

Pièces. — Ni placenta ni débris, exam. bactér. streptoc. pur.

Suites. — Du 14 au 18 amélior. progressive, T. 37.5, 38.5, le 19, reprise des accid. fébriles, T. 39.3, P. 116, ventre ballonné et sensible pendant un mois, la malade va lutter contre une septicémie lente, tous les traitements, médic. vains, hémocult. nég. *mort*.

Considérations. — D'après le J.-L. Faure il aurait fallu opérer le 12 s., le 13 au matin au plus tard. Mais, d'autre part, étant donné l'état local : utér. vidé, bien revenu, etc. Etant donné qu'on ne constate pas de signes abdominaux, étant donné surtout qu'il s'agit d'un P. A. de 3 mois, précédé de frissons pouvant faire penser à quelque chose d'étendu pour ne pas dire généralisé l'intervention n'était pas indiquée, nous ne disons pas contre indiquée, il y a eu d'ailleurs une amélior. post-opératoire nette. Cliniqu. anatomiqu. il n'y avait pas lieu d'opérer, il y avait déjà une atteinte périton. étendue.

OBSERVATION 35

M^{me} D., trente-sept ans, P. A. 2 mois 1/2, entrée le 4, Pertes sang abondant, T. 36, P. petit 120, le 5, curetage, débris placent. non fétides, écouvillon du 5 au 10, T. 38.2, 40, avec petits frissons, le 9 irrig. continue, etc. Le 11, T. 40.2, H. vag. difficile, annexite double.

Suites. — Légère amélior. le lendemain, mais très fugace, *mort* le 13.

Pièces. — Pas de débris septiques dans la cavité utér., petits abcès pariétaux.

Considérations. — Peut-être le J.-L. Faure aurait-il été utile, il n'y a pas eu de défervescence nette, mais nous ne pouvons pas dire d'après les signes que l'on nous donne si l'H. était indiquée, on ne nous parle que de la température. Si l'H. était indiquée ici, elle a été faite trop tard.

OBSERVATION 36

P. A. 3 semaines, vers le sixième jour en pleine septicémie, T. 40, P. 150, langue sèche, subictère, ventre non contracturé, col entr'ouvert, laisse échapper des lochies fétides et sanglantes; utér. un peu gros et très douloureux à la pression, H. vag. facile.

Suites. — Mort 5 heures après.

Pièces. — Fragments de placenta.

Considérations. — Il y avait un mauvais état général : signes de septicémie nets, H. contre-indiquée. Peut-être, comme dit Cadenat, un simple curettage ou mieux un curage aurait suffi (Courbin observé).

OBSERVATION 37

Mathilde Th..., entre le 16, P. A. de trois semaines cinq jours avant, pas traitée, pertes de sang abondantes, anémie profonde, T. 39.4, le toucher intra-utér. fait sentir une masse placent., peu de fétidité, pas de pus, pas de douleurs, le 17, on vide l'utér. légère amélioration, T. presque normale le 18; le 19, 39.2, aggravation des accid. infect. La malade présentait un peu de subictère et semblait devoir succomber. En l'absence de manifest. périton. H. abdom. par le Dr Hartmann.

Suites. — Mort sans modification de l'état général, sans le moindre sympt. périton. par continuation de la septicémie.

Pièces. — Péritoine, annexes et lig. absolument intacts. Parois internes de l'utér. parfait. nettes dans toute son étendue, infection poly-microbienne (strepto et colibacille).

Considérations. — Quelle différence entre cette obs. et l'obs. 15 : ici pas de douleur, pas de pertes pur., pas de signes abd., en somme, très peu de signes locaux pourtant de gros signes génér. Cliniq. et anatomiq. pas d'indication d'H.; d'ailleurs, elle fut pratiquée parce que la malade semblait devoir succomber.

OBSERVATION 38

M^{me} K..., trente cinq ans, fille d'un confrère et III^e pare, P. P. le 13, suites norm. pendant les trois premiers jours ; le 16, m. frissons brutal avec T. 40, localement rien, pas de pertes, pas de fétidité ; le 18, on enlève quelques fragments de membranes à la pince ; l'état général reste grave. T. 40 en plateau, P. 130, frissons. Le 19, aggrav. de l'état. H. vag. très difficile (hémorragies, col se déchire), rien dans le cul-de-sac postér.

Suites. — *Mort* dans la soirée.

Pièces. — Utérus absolument normal, cavité utér. lisse et saine sans aucun débris suspect. Pas d'abcès pariétal.

Considérations. — L'h. n'était pas indiquée parce qu'il y avait disproportion entre l'importance de l'état général et celle des signes locaux ; point capital dont il faut se méfier notamment dans le P. P. (infection généralisée d'emblée plus facile). Une autre indication importante : silence absolu pendant trois jours et apparition brusque d'un frisson avec T. très élevée.

Cliniqu. et anatomiqu. l'intervention n'était pas justifiée.

Bonamy, obs. XIV, XIX, XXI.

Mouchotte, obs. XII, XIII, XVII.

Locroy, *Arch. mens. obst. et gyn.*, 1914, p. 167.

Bonneau, *Arch. mens. obst. et gyn.*, 1914, p. 167.

SEPTICOPYOHÉMIES, 4 cas, 4 morts.

OBSERVATION 39

Dernières règles : début août, le 20 octobre, métrorragie abondante après, quelques pertes de sang peu importantes pendant semaines auparavant, toucher intra-cervical par un médecin qui avait fait le même jour un curettage digital chez une infectée morte le quatrième jour. Le 24 au matin expuls. d'un fœtus et de son placenta, pas de membranes. Frissons dans la nuit, T. 39.2, P. 132 ; le 25, T. 40.4, P. 140, frissons, curettage sans influence ; les 26 et 27, légère rémission, frissons, T. 40, P. 140, diarrhée subictère, agitation, sueurs froides, signes légers d'endocardite, pas de signes périton., ventre non douloureux, hémocult. franchement + pour le streptoc. H. vag.

Suites. Mort par endocardite, pas de signes de péritonite.

Pièces. — Nombreux streptoc. dans les exsudats et les sécrétions de l'utér. Pas de signe de métró-phlébite à l'œil nu. Au micro. les veines sont bourrées de thrombus purulents.

Considérations. — Comment le médecin n'a-t-il pas pensé à une inoculation possible d'un germe dont il pouvait au moins soupçonner la virulence ? Cette idée aurait dû pousser à une intervention précoce. La femme a été opérée avec un état septicémique excessivement grave peu en rapport avec les signes locaux observés. J.-L. Faure non observé ; noter la rémission trompeuse.

OBSERVATION 40

Arrivée au quatrième jour après un avortement de quatre mois, ayant subi des manœuvres d'extraction placentaire infructueuses qui ont laissé en place les membranes et tout le placenta en voie de putréfaction. La malade, dans un état sérieux avec forte fièvre, mais sans frissons, est curettée ; l'extraction complète est pratiquée.

Le lendemain la T. est de 37, la question de l'hystérectomie vaginale ne se pose pas, selon les règles de J.-L. Faure et Cadenat.

Les jours suivants la température remonte, mais seulement autour de 38, avec état général « moyen », sans frissons et pertes purulentes abondantes. On dut donc attendre tout en agissant localement (instillations utérines au Dakin) et on attend non seulement les quatre ou cinq jours dont parle Vanverts dans son dernier travail, délai maximum, dit-il, quand le curetage n'a pas fait tomber la fièvre, mais encore les jours suivants où la température ne monte pas davantage et où l'état général reste le même.

La triade indiquée, ici-même par Courbin, n'existe pas chez la malade, pas plus au point de vue d'une réaction péritonéale qu'au point de vue d'une toxémie partie du muscle utérin.

Or, au dixième jour, brusquement, grand frisson solennel.

C'est, tardive il est vrai, la « rechute » brutale, dans laquelle Douay voit une indication d'intervenir d'urgence. Dès ce jour-là, donc, peut-être fallait-il intervenir ? Mais la voie basse paraissait déjà trop tardive, l'étape utérine franchie. Alors, quel était à ce moment le degré d'infection veineuse ? (Car l'autopsie montre en

plus d'une suppuration tubaire droite avec petit abcès péritonéal enkysté, une thrombose des utéro-ovariennes droites et surtout prépondérante une phlébite suppurée étendue depuis la bifurcation de la veine cave, aux veines iliaques primitive et externe et à la fémorale droite jusqu'au milieu de la cuisse).

Aurait-il fallu agir par voie haute et, avec l'hystérectomie abdominale, pratiquer une ligature ou une résection veineuse et sur quelles veines ? On n'intervint pas.

Dès ce moment, ce fut le tableau prolongé de la septico-pyohémie avec phlegmatia droite, escarres infectées, abcès métastatique superficiel du thorax, délire, marasme, sans qu'aucun des traitements médicaux employés eût la moindre action (abcès de fixation, injections intra-veineuses de sulfate de cuivre ammoniacal, intra-musculaire de quinine, autohémothérapie), et sans, ajouterons-nous, que l'idée d'une intervention tardive, préconisée par quelques auteurs comme dernière planche de salut, soit même venue à l'esprit.

En somme, dans les trois facteurs qu'on peut isoler à la base de la septicémie puerpérale : péritonite, lésions du muscle utérin, phlébite extensive du petit bassin, il reste encore très difficile de faire, *au moment voulu et assez tôt* la part revenant à *chacun d'eux*, et cela, sans doute, de l'avis des auteurs et comme dans le cas actuel, parce que ces facteurs sont souvent plus ou moins associés. Cela seulement entrainerait pourtant l'opération rationnelle, quoique pas toujours assez efficace : laparatomie et drainage dans le premier cas ; hystérectomie vaginale dans le second ; hystérectomie abdominale et ligature veineuse dans le troisième.

Considérations. — Toutes ces réflexions sont très justes, mais il eut été bon d'intervenir dès la nouvelle ascension de température. Cadenat dit : « Déferescence et disparition de tous les phénomènes inquiétants. » Or, il était permis de s'émouvoir même pour une température de 38 chez une femme hospitalisée dans ces conditions. C'est là notre modeste opinion. Quant à la « planche de salut » de certains auteurs, elle est bien fragile à cette période de l'infection.

Bonamy, obs. XV.

Mouchotte, obs. XII.

CONCLUSIONS

Dans l'infection puerpérale, et après échec des autres traitements, l'hystérectomie, enlevant à la fois la voie d'entrée et le foyer de l'infection, est une intervention *logique, rationnelle et utile* dans les formes limitées, à condition qu'elle ne soit pas pratiquée in extremis, ce qui arrive en général.

C'est l'hystérectomie vaginale qui donne les meilleurs résultats, l'abdominale devant être réservée à des cas exceptionnels (gros fibromes, gros utérus friables, cols déchiquetés, interventions préalables sur les veines, etc...).

L'hystérectomie est le traitement idéal dans les formes graves localisées (utérus, annexes).

Elle est la voie de drainage de choix dans les formes étendues (péritonites, suppurations pelviennes).

Elle est peu utile et parfois nuisible dans les formes généralisées (septicémies, pyohémies sans localisation utérine importante).

En pratique, il n'y a pas d'indications systématiques; le chirurgien doit savoir être opportuniste.

La triade de Courbin (facies, utérus, pertes) n'a pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer, il ne faut pas attendre sa manifestation; lorsqu'on peut la constater, il est trop tard et l'on doit demander s'il n'est pas dangereux alors d'intervenir.

La règle de Vanverts ne fait que confirmer celle de J.-L. Faure qui, seule, par l'approximation qu'elle nous donne sur l'étendue des lésions et sur le pronostic, peut, si elle est correctement appliquée, nous être d'un précieux concours. La constatation des signes qui les ont inspirées ne saurait être une indication absolue et ne doit avoir que la valeur d'un symptôme à grouper avec les autres symptômes cardinaux.

Vu, bon à imprimer :

Vu : *Le Président,*
Le Doyen, Dr BÉGOUIN.
Dr C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 15 novembre 1922

Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur :
Le Doyen délégué,
Dr C. SIGALAS.

STATISTIQUES

ET NOMS DES AUTEURS DONT NOUS AVONS CITÉ DES OBSERVATIONS

N. B. — Les Chiffres romains indiquent les observations qui ne sont pas publiées in extenso dans notre thèse.

Métrites, 31 cas, 2 morts, mortalité 6 %.

Cadenat, obs. 1, 2, 3, 8.

Benoist, obs. 4, 9 (l'obs. 9 sans intervention).

Delettrez, obs. 5.

Faure, obs. 6

Wintrebert, obs. 7.

Mouchotte, obs. VII, XI, XII, XV, XVIII, XXII, XXV, XXVI, XXX.

Crousse, *Archives mensuelles d'obst. et gynéc.*, 1914.

Locroy, — — — — —

Bonamy, obs. III, V, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XXII, XXIII, XXV.

Thromboses, 12 cas, 8 morts, mortalité 66 %.

Péry et Courbin, obs. 14.

Benoist, obs. 10, 11, 13.

Mouchotte, obs. 12, 12^{bis}, XV, XVI, XXI, XXIII, XXIV.

Bonamy, obs. XVIII, XIX.

On peut y noter : thrombose utérine 5 fois, utéro-ovarienne 5 fois,
hypogastrique 2 fois.

Annexites, 12 cas, 5 morts, mortalité 40 ‰.

Fourmestraux, *Gynécologie et obstétrique*, p. 410, n° 5, t. IV, 1921.

Bonamy, obs. VIII, XVIII, XXV.

Mouchotte, obs. 15, XVI, XVIII, XXII, XXIV, XXX.

Benoist, obs. 16 et 17 (l'obs. 17 sans intervention).

Cellulites, 3 cas, 2 morts, mortalité 60 ‰.

Mouchotte, obs. II, V, VI.

Pelvi-Péritonites, 11 cas, 2 morts, mortalité 20 ‰.

Brindeau, *Gynécol. et obst.*, p. 404, n° 5, t. IV, 1921, 7 cas.

Mouchotte, obs. VI, XXIX, XXX, XX.

Péritonites, 28 cas, 26 morts, mortalité 92 ‰.

Mouchotte, obs. II, XIII, XIX, XXIII, XVIII, VI, XVI, 32.

Mc. Can, *Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie*, 1914.

Bonamy, obs. XIX, XVIII, XXV, XXVI.

Benoist, *thèse Paris*, 1901, p. 64.

Benoist, obs. 18, 19, 20, 21.

Cadenat, obs. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

Cotte, obs. 29.

Delettrez, obs. 30.

Boquel, obs. 31.

Septicémies, 15 cas, 13 morts, mortalité 80 ‰.

Bonamy, obs. XIX, XXI, XIV.

Mouchotte, obs. XII, XIII, XVII.

Locroy, *Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie*, 1914.

Bonneau, — — — — —

Benoist, obs. 13 et 33

Cadenat, obs. 34, 35, 36 et 38.

Septicopyohémies, 4 cas, 4 morts, mortalité 100 %.

Bonamy, obs. XV.

Charbonnel, obs. 40 (sans intervention).

Mouchotte, obs. 12, 39.

Rétentions.

La mortalité, d'après les observations citées dans les travaux de ces auteurs, s'élèverait à 50 %.

Perforations.

La mortalité serait moindre 30 % à condition évidemment que l'intervention soit assez précoce.

BIBLIOGRAPHIE

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Précis d'Obstétrique*.

BAR. — *Précis d'Obstétrique*.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.

VERNIER et THIRY. — *Société de Gynéc. et d'Obstétrique de Paris*,
p. 367, 1914.

LEQUEUX, LAFONT et CHOURÉ. — *Société de Gynéc. et d'Obstét. de Paris*,
1920.

VIGNES. — *Journal des Praticiens*, nos 46, 47 et 50, 1920.

— *Le Médecin français*, n° 19, 1921.

Gynécologie et Obstétrique, n° 3, tome II, 1920.

— — — nos 3 et 5, t. IV, 1921.

— — — n° 4, t. V, 1922.

(Articles et discussions de Andérodias, Boquel, Brindeau, Cotte, Faure, Fourmestraux, Metzger, Potvin, Vanverts. Nous y avons puisé la plus grande partie de la bibliographie, nous prions le lecteur de vouloir bien se rapporter notamment au bas des pages 277, 278, 283 de la communication de Vanverts).

Bulletin de la Société Obstét. et Gynéc. de Paris, 21 et 22.

Revue Française d'Obstét. et Gynéc., avril 1922.

PÉRY et BALARD. — *Société d'Obstét. et Gynéc. de Bordeaux*, mai 1921.

PÉRY et COURBIN, CHARBONNEL et RIOUX. — *Société d'Obstét. et Gynéc. de Bordeaux*, juillet et mars 1922.

CADENAT. — *Presse Médicale*, 14 janvier 1920.

— *Gynécologie et Obstétrique*, n° 5, t. IV, 1921.

Annales de Gynécologie, 1909 (Streptoc. et hémolyse en obstétrique).

BONNEAU, M. C. CANN, CROUSSE, LOCROY. — *Archives mensuelles d'Obst. et Gynéc.*, 1914.

DELETTREZ. — *Congrès Français de Chirurgie*, Bruxelles, 1906.

LÉVY-SOLAL. — Choc Colloïdocalasique dans l'I. P., *Presse Médicale*, 1922.

COURBIN. — Les indications de l'hystérectomie d'urgence dans l'I. P.

THÈSES

- MOUCHOTTE. — Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie, *Thèse Paris*, 1903 (s'y rapporter pour les travaux antérieurs à 1903).
- M^{me} FUSSALTER. — La montée de lait, *Thèse Paris*, 1913-14.
- COUSIN. — Dakin discontinu, *Thèse Paris*, 1918-19.
- LARZEY. — Mortalité et Morbidité, *Thèse Lyon*, 1919.
- MENGUEY. — Drainage de l'utérus du post-partum, *Thèse Toulouse*, 1919-20.
- M^{me} KRONGOLD-VINAVER. — Traitement par le lipo-vaccin, *Thèse Paris*, 1920.
- DELUSIER. — Infection puerpérale, *Thèse Paris*, 1921.
- GENTIL. — La méthode de Dakin dans l'I. P., *Thèse Paris*, 1921.
- SABASSIN. — L'or colloïdal intra-veineux dans l'I. P., *Th. Paris*, 1921.
- BENOIST. — Curettages dans les suites de couches, *Thèse Paris*, 1921.
- Indications de l'hystérectomie vaginale, *Thèse Paris*, 1922.
- MORGENSTEIN. — De l'hystérectomie dans l'I. P., *Thèse Paris*, 1922.
-

N.-B. — D'autres références utiles seront trouvées dans le chapitre « Historique ».

